

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900 à 1 heure

Par HENRI LAVAL

Né à Saint-Julien Lampon (Dordogne), le 31 décembre 1873.

LE

MÉNINGISME THYPHIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

367

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900 à 1 heure

Par HENRI LAVAL

Né à Saint-Julien Lampon (Dordogne), le 31 décembre 1873.

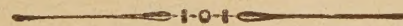
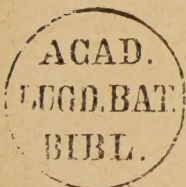
LE

MÉNINGISME THYPHIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges { MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et WIDAL, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LACNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Il m'est agréable au moment de terminer mes études médicales d'adresser mes remerciements les plus vifs aux maîtres qui m'ont fait bénéficier de leur enseignement.

Je remercie d'abord et tout particulièrement M. Gaucher, et aussi M. Schwartz et M. d'Heilly pour le bon accueil qu'ils m'ont fait dans leur service.

J'emporte le meilleur souvenir de mon séjour auprès d'eux et je leur adresse l'expression de toute ma gratitude.

M. le Dr Bergé m'a fourni pour ma thèse d'utiles conseils pour lesquels je suis heureux de lui exprimer ici ma reconnaissance.

M. le professeur Potain a bien voulu accepter la présidence de ma thèse, qu'il reçoive pour sa bienveillance mes remerciements les plus sincères.

LE

MÉNINGISME TYPHIQUE

CHAPITRE I

Historique.

La fièvre typhoïde fut définitivement identifiée en 1822 par Louis.

Avant cette époque tous les auteurs avaient décrit sous les dénominations diverses de : fièvre maligne, fièvre putride, fièvre bilieuse, typhus : la série des affections intestinales.

Une large part de ces descriptions se rapportait à cette maladie que nous unifions aujourd'hui sous le nom de dothiéntérie.

Il n'avait pas échappé à ces observateurs que quelques formes d'affections intestinales s'accompagnent presque toujours d'accidents nerveux.

On savait du reste depuis assez longtemps que la fièvre typhoïde présente des manifestations nerveuses souvent légères, quelquefois intenses.

Ce qui est une notion relativement plus récente, c'est :

que ces accidents peuvent, par leur extension et leur aggravation, devenir les manifestations importantes et même prépondérantes de l'état morbide des centres nerveux supérieurs, et en particulier des centres cérébraux. Cela Eiseimann et Wunderlich l'avaient cependant entrevu quand ils signalaient des cas intermédiaires entre le typhus et la méningite cérébro-spinale.

Ces symptômes existent assez fréquemment et quelquefois si typiques qu'ils masquent l'affection primitive et principale.

Sans remonter bien loin les ouvrages de Parent-Duchatelet abondent en Arachnitis existant suivant eux « sans cause et sans lésions » appréciables du cerveau.

Il est vrai qu'ils nous présentent quelques lignes plus loin : un foie volumineux. (Ils omettent de nous signaler la rate) et une « muqueuse de la valvule iléo-cœcale légèrement boursoufflée et présentant quelques plaques rouges ». Pour nous, qui savons les lésions anatomo-pathologiques de la dothiéntérie, le diagnostic semble certain. Parent-Duchatelet avait dû se trouver en face de manifestations cérébrales au cours de la fièvre typhoïde. Il avait eu vraisemblablement affaire à ce que Bouchut a appelé la « pseudo-méningite » c'est-à-dire des accidents méningés, bien que les méninges fussent sans lésions anatomiques contrairement à ce qui a lieu dans la méningite.

Abercrombie et bien d'autres qui avaient eu de si beaux succès et si nombreux auprès de sujets atteints de maladies de l'encéphale très semblables par la description à nos méningites : avaient bien dû, dans le nombre, guérir quelques « pseudo-méningites » typhiques ou autres.

La fièvre typhoïde n'est pas en effet le seul état morbide susceptible de retentir sur le cerveau. On peut dire d'une façon générale : que toutes les infections peuvent se compliquer de pseudo-méningite.

La pneumonie et l'erysipèle offrent de nombreux exemples cliniques où pendant les premiers jours le diagnostic demeure hésitant. La forme cérébrale du rhumatisme articulaire aigu généralement plus tardive est aussi plus facile à rattacher à sa véritable cause. Le paludisme, dont les manifestations sont si diverses, présente aussi cette forme. Tout récemment Bendel signalait les symptômes méningés dans la scarlatine et en apportait 4 observations. Un état infectieux quel qu'il soit : une simple constipation prolongée peut s'accompagner, ne fut-ce que pendant vingt heures comme M. Gaucher en a cité un cas : de symptômes à forme méningitique.

Quant à l'hystérie, la grande simulatrice de tous les symptômes, ceux de la méningite ne pouvaient lui échapper. Elle les imite, souvent et avec une rigoureuse précision.

Le travail de Bardol en fait foi. Bien qu'elle soit riche il faut éviter de lui trop prêter et de la faire intervenir chaque fois qu'on se trouvera en présence d'accidents méningés sans méningite à proprement parler.

Il faut aussi signaler en passant des accidents de même genre causés par la créosote dans un cas cité par Faisans et par un vésicatoire chez un malade de Comby.

Nous ne citerons aussi que pour mémoire l'influence très connue et fréquemment observée de l'helminthase.

Le syndrome méningitique survenant au cours d'une

fièvre typhoïde avait été, pour ne pas remonter très haut, fort bien décrit par Marschal Hall et par Forget, à peu près vers la même époque où Blache, Relliet et Taupin affirmaient l'existence fréquente de la fièvre typhoïde chez les Enfants.

Bien que cette dernière découverte clinique eût dû rendre sa constation très fréquente, il fut un moment tout à fait oublié, et Grisolle et Wallex n'en font point mention.

Il faut arriver à Griesenger et Hayem pour le voir réapparaître.

Cette complication cérébrale n'est donc pas une observation absolument nouvelle pas plus qu'elle n'est spéciale à une maladie. Elle ne surgit pas non plus tout d'un coup, créée de toute pièce. Elle avait déjà été signalée à plusieurs reprises; et on s'est aperçu dans ces derniers temps qu'elle n'était en somme que l'exagération des symptômes nerveux habituels dans toutes ces maladies et déjà bien connus et décrits.

Mais voilà que Belfanti Auscher, Claisse, et en 1893 Bergé démontrent, pour ne citer qu'une de ces observations que : l'examen bactériologique des méninges d'un enfant mort « au milieu du syndrome méningitique le plus net reste absolument négatif ».

Ainsi dans ces autopsies non seulement il n'y a macroscopiquement aucune lésion cérébrale mais pas même d'infection bacillaire.

Bézy signale des autopsies dont les résultats furent semblables dans des néphrites et pourtant les malades avaient présenté des symptômes simulant ceux de la mé-

ningite. Ce sont là sans doute des exemples intéressants du syndrome pseudo-méningite réalisé vraisemblablement par l'intoxication urémique.

Donc, des malades semblent au cours d'une autre maladie quelquefois bénigne, atteints de méningite : On pourrait s'y tromper et on s'y est trompé et ils guérissent ; d'autres meurent et on constate à l'autopsie qu'ils n'avaient pas de lésions méningitiques.

Il nous semble que Dupré eut une idée heureuse et fit œuvre utile quand en 1894 au Congrès de Lyon : il proposa de désigner sous le nom de « Méningisme » le syndrome dont nous venons de parler. Si le mot fit une fortune aussi rapide, c'est qu'à notre avis après les observations de Belfanti, Auscher Claisse Bergé, il venait à son heure et répondait à un besoin.

Cette arachnitis « sans cause et sans lésion » de Parent Duchatelet, cette complication hydrocéphaloïde de West, ce que nous avons dû appeler : complication méningée, pseudo-méningite : tout cela nous pouvons le désigner par le mot « Méningisme ». Cela d'autant plus que comme l'a dit Dupré il « isole le syndrome de lésion ». Il ne préjuge en rien de la cause de ces manifestations. Il constate un fait : à savoir qu'on est en présence d'un état qui rappelle la méningite sans l'être : que le malade pourra par conséquent très bien guérir et que s'il meurt il est fort possible et même très probable qu'on ne trouvera à l'autopsie ni lésions ni microbes.

Il est au reste facile de préciser un peu le genre de « Méningisme » dont on veut parler par un qualificatif.

Il nous semble ainsi que l'appellation de Méningisme

typhique est justifiée. Elle ne préjuge aujourd'hui que de la grande cause ce « méningisme » qui est l'infection typhique. Il est permis d'espérer que l'étude des toxines apportera un jour une précision plus grande, celle de la cause intime de la souffrance des méninges et des qualités de cette cause autres dans la dothiéntérie que dans la pneumonie par exemple.

Pour ces raisons nous adopterons le mot « Méningisme » qui a du reste aujourd'hui conquis droit de cité et nous étudierons particulièrement celui qui a pour cause première la fièvre typhoïde.

Martin, Noblet, Roesch, Rocca et Pochon ont déjà publié des travaux sur le méningisme : le premier en 1895 le dernier en 1897.

Le « Méningisme typhique » lui-même n'est pas une chose nouvelle, diverses observations en ont été publiées. Sa connaissance est cependant encore incomplète et par là se justifie le nouvel appoint qu'il nous a paru intéressant d'y apporter.

CHAPITRE II

Etiologie.

Le problème étiologique consiste à rechercher sous quelle influence une dothiéntérie qui semblait devoir évoluer d'une façon tout à fait normale change tout à coup d'allure ? Elle s'était jusqu'ici accompagnée de symptômes nerveux plus ou moins intenses, mais dont l'apparition au cours de cette infection n'avait rien de surprenant. Un jour les phénomènes cérébro-méningés s'aggravent, se multiplient et constituent nettement un syndrome méningitique.

Il ne nous semble pas, car nous n'en avons nulle part trouvé la preuve, que l'on doive faire intervenir le génie épidémique de la dothiéntérie.

Par contre tous les auteurs ou presque qui se sont demandé quelle pouvait être la cause déterminante de ces phénomènes méningitiques l'ont expliquée par une prédisposition héréditaire ou acquise.

Selon West c'est un trouble sympathique associé à un épuisement rapide des forces vitales, mais ce trouble sera plus ou moins grave dans son pronostic selon les antécédents ; et non selon l'état actuel du malade.

Adenot a rapporté l'histoire d'une localisation première

et unique du bacille d'Eberth sur le cerveau c'est-à-dire d'une véritable méningite Eberthienne.

S'appuyant sur ce que la malade en question était une névropathe il conclut que la localisation particulière du bacille d'Eberth sur le cerveau a été déterminée parce que c'était là le point faible de l'organisme de la malade.

Quelle que soit la cause provocatrice du méningisme, elle n'agit bien dit M. Comby, que sur les tempéraments prédisposés par le nervosisme héréditaire. Tout enfant qui fait des accidents nerveux de cet ordre est un névropathe en germe, un futur hystérique.

En présence d'accidents ménégitiques il faut donc rechercher avec soin les tares nerveuses.

Pour Dupré, le travail intensif anatomique et fonctionnel auquel est soumis le cerveau de l'enfant est avec l'hérédité capable d'expliquer la fréquence des méningites infantiles. C'est peut-être aussi là la raison qui explique la fréquence du méningisme dans le jeune âge.

La notion de la très considérable importance des autres accidents nerveux dans l'étiologie des méningites avait déjà été signalée par Barthez et Sauné pour la méningite tuberculeuse. Toutes les fois, disent-ils, que l'influence des causes anti-hygiéniques doit être regardée comme nulle on trouve parmi les parents ou la famille des cas d'aliénation notoire.

Archambault s'est aussi associé à ces considérations.

Tous les témoignages recueillis sont, en somme, assez nombreux et assez autorisés pour que nous soyons absolument convaincus de l'importance des antécédents nerveux chez les malades qui au cours d'une infection sont

atteints d'accidents cérébraux. Peut-être cependant a-t-on un peu exagéré cette étiologie et sans aller si loin que Taupin, qui, en 1840, dans une étude sur la fièvre typhoïde, disait n'avoir jamais pu saisir de liaison entre le nervosisme d'un sujet et la forme cérébrale de la fièvre typhoïde, il nous semble cependant que la relation est loin d'être constante.

Nous n'avons pas à ce sujet pu nous faire une idée très nette d'après les observations de méningisme typhique que nous avons recueillies. Le plus souvent, en effet, dans ces observations il n'est pas fait mention des antécédents ni personnels ni héréditaires, dans les plus récents tout au moins il est permis non pas d'affirmer mais de soupçonner que si l'auteur n'en fait pas mention c'est qu'il n'existait à son avis, rien d'intéressant sur ce point spécial.

Parmi les cas déjà publiés que nous citons, nous n'avons trouvé qu'une fois mention d'un état nerveux antérieur : C'est chez une malade que cite dans sa thèse Noblet ; il s'agit d'une femme âgée de 35 ans qui avait déjà eu des attaques de nerfs.

Dans sa thèse, 1896, en Roesch attribuait aussi une certaine importance aux antécédents bacillaires.

Et cela non pas dans les cas où en même temps que la dothiéntérie, évolue une méningite tuberculeuse, mais encore dans toutes les manifestation du méningisme.

Nous continuerons donc à croire, puisque des maîtres aussi autorisés l'affirment, et parce que cela semble en effet est très logique et très probable : que l'hérédité nerveuse joue un grand rôle dans l'apparition du syndrome

méningisme, de même que dans les méningites. Il ne nous a cependant pas été donné de le constater ni de le contrôler rigoureusement.

Nous avons constaté à plusieurs reprises la rencontre du méningisme et des antécédents tuberculeux, mais la tuberculose n'est malheureusement pas rare et il se peut fort bien qu'il n'y ait là qu'une rencontre sans relation de cause à effet.

Il serait imprudent de généraliser trop hâtivement, nous nous bornons à constater quel est l'âge le plus favorable au développement du méningisme ? Tous les auteurs et les statistiques sont ici d'accord.

Parmi les 16 observations de méningisme que nous avons rassemblées, nous efforçant seulement de recueillir les plus nettes, nous ne trouvons que 4 malades âgés de plus de 14 ans.

Le méningisme peut donc apparaître au cours d'une infection même chez l'adulte, mais en général c'est chez l'enfant qu'il se montre et surtout de 2 à 14 ans (ce qui est aussi l'âge des méningites tuberculeuses).

CHAPITRE III

Pathogénie.

Les auteurs qui ont été frappés des symptômes cérébraux dans les infections et en particulier dans la dothiéntérie n'ont pas manqué, quand ils ont pu faire l'autopsie, d'en chercher l'explication dans le cerveau et les méninges.

L'examen macroscopique n'a presque jamais révélé de grosses lésions. Nous passons naturellement sous silence les cas de localisation rares du bacille au cerveau, de véritable méningite typhique relatée en particulier par Adenot et par Fernet et Girode.

Quelques médecins cependant ont vu des lésions profondes mais ce sont là des observations peu nombreuses. Leurs descriptions diffèrent beaucoup entre elles, et vraiment il faut se demander s'ils se ne sont pas trompés étant donnés les résultats que fournissent actuellement les autopsies.

L'un d'eux : Chedevergne a apporté de nombreuses observations. Il signale dans la majorité des autopsies de sujets morts de dothiéntérie à prédominance cérébrale de graves désordres. Même quand les phénomènes cérébraux furent peu intenses il trouve la substance cérébrale ramollie en bouillie rouge.

Il compare cet état à celui qu'on constate chez les paralytiques généraux et il voit là de la péri-méningo-encéphalite.

Il se pourrait fort bien que Chedevergne se fût légèrement trompé et qu'il eut par exemple mis sur le compte de l'infection des phénomènes de désorganisation dus à une putréfaction au début, d'autant plus que les autopsies où ces lésions sont les plus accentuées datent des mois d'été.

Forgemol dans sa thèse remarque que seul un médecin allemand, Grosten a trouvé des lésions considérables au cerveau dans les typhoïdes à forme cérébro-spinale, mais, dit-il ses explications sont incompréhensibles et Fritz et Wunderlich n'ont rien vu de semblable.

Un autre médecin allemand, le professeur Nass, a signalé lui une modification curieuse du cerveau qui consiste en un affermissement très sensible selon lui. Jamais personne après lui n'a constaté cet endurcissement.

Nous passons maintenant une rapide revue des quelques auteurs qui ayant vu et décrit ce que nous appelons le méningisme dans les infections n'en ont pas trouvé la cause à l'autopsie.

Parent-Duchatelet dont nous avons considéré quelques arrachnitis « sans cause » comme des manifestations d'infection typhique avaient aussi curieusement examiné les méninges et le cerveau de leurs malades.

Ils avaient quelquefois négligé la description du foie ou de la rate et passé rapidement sur ces lésions de l'intestin qui autorisent en quelque sorte l'hypothèse de notre diagnostic rétrospectif. Par contre l'état de l'enveloppe cérébrale est toujours noté et cela toujours dans les mêmes

termes : Arachnoïde rouge épaissie, injectée avec sérosité assez abondante.

Taupin, dont l'attention a été éveillée sur ce point, n'a vu lui non plus que de la congestion.

Barthez et Sanné signalent l'injection de la pie-mère avec suffusion séreuse quelquefois, disent-ils, les méninges adhèrent par place à la substance cérébrale et la substance des circonvolutions offre une certaine injection.

Guénau de Mussy est bien d'avis que les méninges sont toujours congestionnées et qu'on constate toujours une infiltration séreuse, mais il a souvent vu en outre un léger piqué hémorrhagique du cerveau.

Enfin Dupré et Comby enseignent qu'on ne trouve le plus souvent dans les cas de méningisme, que des lésions superficielles et fugaces.

Ce sont dit Dupré les lésions congestées et œdémateuses qui dominent et la méningite peut être dite séro-fibrineuse.

Dans les observations que nous citons, nous ne trouvons nous non plus que de l'œdème et de la congestion des méninges avec épanchement plus ou moins abondant de liquide séro-sanguinolent.

Nous citons, pour les écarter comme de très rares exceptions, les localisations primitives de l'infection du cerveau et les quelques cas d'hémorrhagies ou de ramollissement rapportés dans ces conditions par Merklen et Sevestre.

Nous pouvons maintenant poser en principe que dans ces infections où les symptômes cérébraux furent si

bruyants, rien ne semble, à première vue, à l'autopsie, justifier l'état cérébral antérieur.

On s'est trouvé en présence d'infections à forme telle que, on a cru à une méningite, on fait l'autopsie et pour justifier de tels symptômes on ne trouve qu'un peu d'œdème ou de congestion.

Il faut signaler ici que les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la forme spinale des infections sont eux aussi arrivés aux mêmes résultats négatifs ou à peu près. Ainsi donc on ne trouve rien macroscopiquement.

On pouvait, jusqu'à ces derniers temps, croire que cette congestion, cet œdème et ces troubles et les symptômes qui les traduisaient étaient causés par des colonies microbiennes émigrées du foyer principal d'infection.

Chantemesse et Vidal ont trouvé le bacille à plusieurs reprises dans les méninges des typhiques.

Mais les travaux de Bergé, Auscher, Belfanti, Claisse ont démontré que dans une infection les symptômes méningitiques pouvaient être violents sans qu'il y ait au cerveau, ni lésion, ni microbes. L'examen histologique démontrant l'absence d'infection dans les méninges d'un enfant mort de pneumonie est, dit M. Bergé, « une démonstration positive de l'indépendance du syndrome méningisme non seulement de toute lésion macroscopique mais encore de toute infection des méninges. »

Voici donc où en est la question ; à partir de ce moment nous en sommes réduits aux hypothèses.

La congestion et l'œdème sont-ils la seule cause du syndrome méningitique quelquefois observé et susceptible de se terminer par la guérison ?

En l'état actuel des connaissances, l'hypothèse la plus séduisante est que les toxines élaborées soit par le bacille d'Eberth, soit par un microbe d'infection secondaire doivent être dans ces cas de méningisme sans lésions la cause des accidents nerveux.

Elles empoisonnent les cellules nerveuses momentanément sans les détruire complètement et leur effort cessant la cellule fatiguée et amincie reprend peu à peu sa vitalité.

Ainsi s'expliquerait qu'un malade, qui a été en état de méningisme, puisse recouvrer peu à peu toutes ses facultés et ne se ressente en rien de ses troubles cérébraux graves mais passagers.

Cette hypothèse peut rendre compte de tous les troubles nerveux observés et explique, qu'à l'autopsie, on ne trouve ni lésions ni microbes.

Pour pouvoir prouver davantage il faut attendre que la nature des toxines, leur variété, leur mode d'action soient étudiés d'une façon plus complète qu'ils ne le sont aujourd'hui.

En résumé il résulte de l'étude pathogénique des troubles cérébro-méningés de la fièvre typhoïde en premier lieu qu'au point de vue clinique, le syndrome méningitique réalisant quelquefois le tableau complet de la méningite peut être interprété comme résultant du développement excessif des accidents nerveux habituels de la fièvre typhoïde. Ces accidents se groupent d'une façon spéciale telle qu'ils simulent complètement la méningite et cependant l'autopsie montre qu'il n'y a aucune altération macroscopique importante du cerveau et des

méninges et conformément à ce qui a été vu dans d'autres variétés de méningisme qu'il n'y a probablement non plus aucune infection de ces organes ni par le bacille d'Eberth, ni par aucun microbe d'infection secondaire. La congestion et l'infiltration séreuse légère des méninges représentent une lésion banale qui peut se rencontrer dans tous les cas de fièvre typhoïde grave qu'il y ait eu ou non au cours de la maladie des accidents cérébro-méningés prédominants.

Une recherche importante à faire pour confirmer l'absence d'infection méningée doit être ici signalée. C'est la ponction lombaire qui permettrait de faire sur le vivant l'analyse bactériologique du liquide céphalo-rachidien : on sait les résultats importants que cette analyse a fournis par l'étude des méningites cérébro-spinales entre les mains de Netter.

Tant que cette recherche bactériologique, à l'aide de la ponction lombaire, n'aura pas été faite, un certain nombre de fois, dans les cas que nous visons, un doute pourra planer sur l'interprétation pathogénique des phénomènes.

En dépit de l'analogie que présente la pseudo-méningite typhique avec la pseudo-méningite pneumonique, en dépit de la curabilité de cette pseudo-méningite on pourra toujours se demander si on ne se trouve pas en présence d'une infection cérébro-méningée minime, légère, superficielle et par suite peu grave. Le méningisme serait alors une méningite bénigne résultant d'une infection bénigne.

Cette interprétation pourrait d'ailleurs ne pas être exclu-

sive de celle que nous avons énoncée tout d'abord. Le syndrome méningitique dans la fièvre typhique pouvant résulter tantôt d'une pure action toxique, tantôt d'une infection légère, tantôt d'une infection grave.

Méningisme, méningite légère et curable, méningite grave et mortelle constitueraient trois degrés réels observables dans la fièvre typhoïde, comme dans la plupart des autres maladies infectieuses et relevant l'une d'une infection toxique, l'autre d'une infection légère, la dernière enfin d'une infection grave.

Troisier a publié dernièrement une intéressante observation de « Syndrome méningitique » dans la fièvre typhoïde.

L'association de phénomènes infectieux successifs chez sa malade lui a permis de croire à l'existence d'une infection méningée c'est-à-dire d'une méningite légère et curable.

C'est là une interprétation très légitime, mais il faut remarquer que si l'existence du méningisme n'exclut pas l'existence de ces méningites bénignes, celles-ci à leur tour n'excluent pas l'existence possible du « méningisme ».

Symptômes

Les symptômes qu'on groupe sous le non de « méningisme » peuvent au cours d'une maladie infectieuse apparaître à divers moments de son évolution. Quelquefois ils surviennent au début même de l'infection et avant qu'aucun symptôme nettement spécifique de l'affection principale n'ait permis le diagnostic. Ils tiennent à eux seuls toute la scène sans qu'aucun autre élément vienne s'ajouter à eux. Cette forme qui est relativement fréquente dans la grippe, la pneumonie, l'érysipèle et la dothiéntérie même peut embarrasser le médecin. Elle ne l'embarrasse du moins pas longtemps, car tandis qu'on est encore dans la période d'observation et avant qu'on ne se soit prononcé en rien, d'autres symptômes apparaissent qui démasquent ceux de l'affection causale. Le méningisme dont la durée n'est guère que de deux ou trois jours, précède donc les manifestations de l'affection qui en est la cause. Au moment où celle-ci se dévoile, il disparaît. On pourrait presque le nommer (méningisme prodromique) Nous ne nous y arrêtons pas plus longtemps puisque son diagnostic ne se pose qu'à peine et qu'il n'est pas d'un grand intérêt pratique. Il est du reste très probablement dû à une simple hyperhémie des méninges.

Nous citerons aussi, mais pour en signaler leur rareté,

les cas où les accidents méningés apparaissent chez des malades atteints d'infections qui semblaient légères. Telles les observations rapportées par M. Martin où ces phénomènes cérébraux se manifestèrent au cours d'une fièvre à forme ambulatoire, cela chez un malade dont il ne signale rien aux antécédents sinon qu'il a habité les colonies. Les symptômes de dothiéntérie étaient si peu nets que le diagnostic de typhoïde ambulatoire fut seulement posé à l'autopsie. Les habitudes du « Méningisme » sont en général tout autres et c'est là une exception que de le voir compliquer une dothiéntérie en apparence bénigne.

En général c'est au cours d'une fièvre typhoïde sérieuse et à forme grave qu'il survient. Le malade s'est plaint de céphalalgie, de nausées, de vomissements ; il a eu, comme le remarque Mme Rivoire, seulement si c'est un adulte : des épistaxis, il a le ventre douloureux à la pression, il a de la fièvre la température atteint 39°, 39°,5, elle est plus élevée le soir que le matin. Le malade ne sort pas mais il est plongé dans une douce stupeur, il délire, mais son délire est tranquille, au lieu d'être seulement nocturne il subsiste plus ou moins intense, pendant toute la journée. Cette persistance du délire pendant la journée est à remarquer, car c'est là un symptôme qui précède quelquefois la série des accidents cérébraux.

Bien que la diarrhée soit la règle dans la fièvre typhoïde, il semble que lorsque cette infection est sur le point de se compliquer de « méningisme » un léger degré de constipation remplace la diarrhée.

Il y a cependant bien loin de cette constipation passagère et suivie de débâcles fétides à la constipation opiniâtre de la véritable méningite.

Nous voici arrivés vers la fin du deuxième septenaire d'une maladie que nous croyons être la fièvre typhoïde. Si nous avons constaté l'apparition de taches rosées, la tuméfaction de la rate, de la congestion bronchique, en un mot si le tableau avait été jusqu'ici celui de la dothiéntérie type : quoiqu'il puisse survenir le diagnostic serait si solidement établi qu'aucune manifestation cérébrale ou autre ne pourrait nous y faire revenir. Il n'en est pas ainsi en clinique nous le savons bien et souvent bien des symptômes manquent.

Nous sommes donc en présence d'un malade qui a eu de la céphalalgie, des vomissements, qui a 40°, du délire et nous sommes du 14 au 16^e jour de sa maladie souvent le 14^e à partir de ce moment la céphalalgie s'exagère, le malade témoigne de sa douleur en portant sa main à sa tête et par des plaintes et des cris.

Les muscles de la nuque se raidissent. La stupeur typhique évolue et l'intelligence se troublant encore, on arrive à un demi coma interrompu de temps en temps par des cris plaintifs. De temps à autre une rougeur subite envahit la face, puis disparaît.

D'habitude les pupilles sont légèrement dilatées, elles réagissent à la lumière mais lentement, elles présentent la plupart du temps de l'inégalité.

L'état général, il n'est pas besoin de le rappeler, reste très grave la température se maintient aux environs de 40°, le pouls atteint dans les 120 à 150 pulsations. Nous ne

sommes plus cette fois en présence d'une simple fièvre typhoïde, il s'y est ajouté des symptômes nerveux anormaux.

Il arrive qu'après quelques jours de cet état la situation cérébrale s'améliore. La dothiéntérie continue son évolution un moment masquée, la température conserve sa courbe caractéristique; en un mot il n'y a plus de méningisme mais il reste la fièvre typhoïde.

Elle évolue normalement vers la guérison.

D'autres fois, l'état comateux s'accroît, la respiration jusqu'alors régulière change de caractère. Elle devient suspireuse, superficielle, une inspiration large précède plusieurs petites inspirations avortées et une période d'apnée, en même temps le pouls, jusqu'ici rapide et quelquefois petit, devient irrégulier. Du strabisme apparaît parfois, les conjonctives sont injectées, et c'est de l'avis de plusieurs auteurs un signe inquiétant.

Nous avons constaté dans une de nos observations la production de la raie méningitique, et Netter a signalé le signe de Kernig mais ces manifestations peuvent être considérées comme assez rares et du reste peu pathognomoniques.

Puis des contractures surviennent, soit de tout un côté du corps, soit localisées seulement à quelques articulations.

Ces contractures, et les convulsions chez les enfants succédant à une période de coma, sont de l'avis général des manifestations d'un état grave, elles comportent presque toujours et à brève échéance un pronostic funeste. Dans ces cas les malades meurent en plein état de « méningisme. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic entre le méningisme de cause typhique et la méningite simplement aiguë ou mieux tuberculeuse est chose difficile. Presque tous les auteurs dont l'attention a été attirée vers cet accident de la fièvre typhoïde en conviennent.

Il est surtout embarrassant chez les enfants, et on peut hardiment affirmer que l'erreur fut souvent commise avant que l'on n'eût reconnu la possibilité, et même la fréquence de l'infection Eberthienne dans le jeune âge.

Il semble bien en effet que Senn de Genève, dans son mémoire sur la méningite tuberculeuse des enfants, ait signalé dans ses observations 8, 3, 14 des cas non de méningites mais de « méningisme » causé par une infection Eberthienne. Abercrombie et Ruz, le premier, dans ses observations 68, 74, 75, le second dans son observation n° 11 nous présentent des malades chez qui les symptômes abdominaux étaient trop intenses. Le catarrhe pulmonaire trop fréquent et la guérison trop rapide pour qu'il ait pu être question comme le croyaient ces auteurs de vraie méningite.

Après eux Henri Bell, Taupin, Gendron, Barthez, Riellet, Roger constatent que la fièvre typhoïde est fréquente chez l'enfant et c'est une notion désormais acquise.

Le diagnostic se posera donc à partir de ce moment

dans le jeune âge aussi et il n'en sera que plus embarrassant.

En repoussant cette idée de typhoïde infantile on peut, dit Cadet de Gassicourt « se ménager la douce surprise de guérir de temps en temps une méningite tuberculeuse mais c'est acheter un peu cher le bénéfice d'une illusion consolante ».

Le diagnostic est donc à faire chez l'adulte depuis longtemps et depuis moins longtemps chez l'enfant. Quelquefois ce n'est qu'à l'autopsie qu'on le pose ayant fait fausse route pendant la maladie. Il n'est pas seulement d'un intérêt purement théorique et scientifique. Le traitement différera selon qu'on se croira en présence d'une méningite ou d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale.

Certes on traitera la méningite, et on doit la traiter, mais sans grande confiance dans le résultat de la médication. Si au contraire on sait que ces phénomènes sont secondaires, que c'est contre la cause qu'il faut lutter, et qu'on peut l'atteindre, la thérapeutique changera.

Cette fois c'est un ennemi mieux connu, c'est une infection contre laquelle on peut combattre pied à pied.

On doit toujours espérer que quelques heures de résistance en plus accordées à l'organisme peuvent lui donner la victoire.

On sait, et c'est là une notion importante que le pronostic est tout autre, que la guérison non seulement est possible mais est encore fréquente.

Le tableau que nous avons dépeint du « méningisme » compliquant une affection qu'on diagnostique ou qu'on

soupçonne être la typhoïde : ressemble beaucoup à celui qu'offre la méningite.

On devra d'abord s'enquérir des antécédents héréditaires ou personnels, tuberculeux ou nerveux, qui sont toujours utiles à connaître mais surtout ici, pour ne pas se laisser ébranler si on a déjà diagnostiqué ou pour ne pas dévier si on est encore à la période d'observation : L'épreuve de la séro-réaction ne devra pas être négligée, elle sera en cas de doute un des moyens les plus sûrs de lever toute hésitation, c'est un élément de diagnostic relativement récent mais reconnu aujourd'hui comme très important.

L'étude attentive des symptômes pourrait du reste à elle seule permettre de différencier les deux affections si semblables en tant de points.

D'abord les manifestations du côté du tube digestif telle que la sécheresse de la langue rouge à sa pointe, l'état des dents fuligineuses devront être remarquées. Ce ne sont point là en effet les signes qui accompagnent d'habitude la méningite.

Dans cette affection, la langue reste plutôt humide, et la soif, au lieu d'être vive et intense, n'est que modérée.

Un des meilleurs signes de fièvre typhoïde et qui fera penser au « méningisme typhique » plutôt qu'à la méningite ce sera la diarrhée, la douleur dans la fosse iliaque et l'absence des vomissements. Si, tout au contraire, la constipation est opiniâtre, le ventre semble ballonné, les vomissements fréquents, c'est à la méningite aiguë ou tuberculeuse qu'il faudra rapporter ces symptômes.

La succession et la forme des accidents nerveux pri-

mitifs peuvent rétrospectivement servir. C'est ainsi que le délire calme et la stupeur qui auront précédé le coma sont des arguments qui plaident contre une méningite malgré des apparences momentanément troublantes.

Les troubles oculaires ne peuvent en général nous donner aucun renseignement précis, à l'heure actuelle du moins.

Bouchut cependant qui a créé le mot de « pseudo-méningite » prétendait étayer le diagnostic différentiel sur la *cérébroscopie*.

Selon lui on pouvait constater dans l'œil des lésions *nevro rétinienne*s annonçant une complication *cérébrale typhoïde*. Dans ce cas les contours de la pupille se voilent plus ou moins, sans disparaître entièrement comme dans la *méningite tuberculeuse*.

Nous devons reconnaître que Bouchut est le seul à attacher autant de valeur à ce signe dont l'observation n'est du reste pas à la portée de tous les médecins.

Il ne nous semble pas non plus que l'apparition de l'herpès dans le *méningisme typhique* signalé par Rœsch, dans sa thèse, soit très fréquente et ait une valeur diagnostique très sérieuse. Rœsch l'a souvent constatée et y attache une certaine importance. Nos observations ne nous ont pas permis de nous rallier à cette manière de voir.

Quant au signe de Kernig à la raie *méningitique* et aux *contractures* ils ne nous serviront non plus en aucune façon, étant fréquents dans l'une et l'autre affection.

Il semblerait que la loi de Wunderlich par sa rigueur et son caractère d'intransigeance même devrait être une

excellente pierre de touche. Il n'en est rien, car en clinique il n'y a pas d'axiomes ni de lois absolues.

Cependant il faut reconnaître que la courbe de température et du pouls peuvent nous donner de précieuses indications.

Elevée chez les typhiques et se maintenant aux environs de 40° avec rémissions matinales, la température ne dépasse guère 39° chez les méningitiques surtout au début de l'affection. Elle montera il est vrai ensuite.

Tandis que le pouls suit une courbe parallèle à celle de la température dans la dothiéntérie, il arrive fréquemment dans la méningite qu'il soit dissocié. Il ne correspondra pas par sa fréquence à l'élévation de la température et un malade pourra se trouver qui aura 39° ait 60 pulsations. Plus tard à cette dissociation s'ajoutera l'irrégularité et ce sera une présomption de plus de méningite.

D'après ce qui précède il nous semble qu'une scrupuleuse et attentive analyse de tous les symptômes pourront à elles seule permettre un diagnostic solide, on l'étayera donc en résumé surtout sur l'ensemble de faits suivants.

A savoir que le tube digestif ne réagit pas du tout de même façon dans la méningite et dans la typhoïde : D'un côté langue humide, ventre ballonné, constipation et vomissements, de l'autre langue sèche ventre en bateau, diarrhée fétide, pas de vomissements. Que la fièvre est soumise dans la typhoïde à une sorte de courbe, qui bien que sujette à des variations, garde toujours certains caractères particuliers.

La forme des phénomènes nerveux pour ne pas être aussi significative nous fournit malgré tout quelques indications.

Il nous faut citer encore un moyen de diagnostic dont nous n'avons pas parlé encore parce qu'il est récent mais qui est appelé à rendre de grands services : c'est la ponction lombaire, employée surtout dans ces derniers temps par Netter pour le diagnostic de la méningite cérébro-spinale.

Ayant grâce au séro-diagnostic, aux ponctions lombaires ou à la marche de la maladie on a établi qu'il s'agit bien de méningisme survenu au cours d'une fièvre typhoïde quel pronostic sera-t-on en droit d'en déduire ?

Nous n'avons recueilli et étudié que des observations où les signes du méningisme étaient au complet et très nets, aussi le pronostic nous a-t-il paru assez sombre. Nous n'avons pas pu nous faire une idée exacte de sa fréquence il nous faut cependant citer la statistique récente de Mme Rivoire qui dans une épidémie de typhoïde chez les enfants où elle relève 105 cas observe 3 cas de méningisme dont deux furent suivis de mort.

Quant à nous le relevé de nos observations nous donne pour les Enfants moitié de guérisons et pour les adultes unquart seulement, nous n'avons pas tenu compte des observations de Parent-Duchatel et qui sont toutes suivies d'autopsie.

C'est là un pronostic assez grave mais qui laisse cependant infiniment plus d'espoir que celui de la méningite aiguë ou tuberculeuse et cette curabilité même démontre l'importance du diagnostic.

CHAPITRE VI

Traitement.

Les accidents méningés : Méningite aiguë, méningite tuberculeuse, méningites infectieuses ou simples, ménin-gisme ont de tout temps été traités par la saignée, les purgatifs et les calmants.

Le traitement local consistait le plus souvent en l'appli-cation d'un vésicatoire sur la nuque.

La saignée était, il y a peu de temps encore, très em-ployée. West recommande même de la pousser jusqu'à l'imminence de la syncope. Un journal médical de Bor-deaux de la première moitié du siècle signale même une guérison due à un traitement dont l'énergie est au moins incontestable. On avait ouvert à travers la fontanelle un sinus latéral.

Les calmants et les purgatifs et en particulier le calo-mel ont été tour à tour et souvent simultanément précoc-nisés comme traitement de choix des accidents méningés.

Le « ménin-gisme » étant, nous le savons, causé par une in-fection bacillaire il nous semble aujourd'hui que c'est à la cause première surtout que le traitement doit s'attaquer. Il ne faudra cependant pas négliger de tonifier et de décon-gestionner le plus possible les centres nerveux. Il existe drécisément un traitement de la fièvre typhoïde qui répond

à toutes les indications : c'est le traitement par les bains froids.

Il est applicable même aux enfants et Glénard démontrait récemment que de 15 0/0, le traitement mixte abaissait chez eux la mortalité à 11 0/0 et le traitement systématique et rigoureux l'amenait à 2,5, 0/0.

Nous ne saurions mieux faire pour expliquer l'action des bains froids vigoureusement employés comme le conseille Glénard avec affusions froides sur la tête que de citer Landouzy : « Ils mettent dit-il, le malade en état de supporter l'infection, le système nerveux et vasculaire sont réconfortés, la phagocytose est augmentée, la thermogénèse enrayée, l'intoxication est diminuée.

Si on ajoute l'antisepsie intestinale et si on favorise l'élimination des toxines élaborées par des boissons abondantes, on aura répondu à toutes les indications. On aura lutté contre l'infection première et on se sera attaqué au « méningisme » lui-même.

Ces jours derniers Netter préconisait, à la Société médicale des hôpitaux, un traitement heureux de la méningite cérébro-spinale qui est peut-être appelé à donner dans le « méningisme » d'également bons résultats. Il consiste outre les bains chauds prolongés à faire des ponctions lombaires répétées. On obtient ainsi une décompression des centres nerveux et une élimination très rapide des toxines élaborées.

Quoiqu'il en soit et quelques armes que l'on emploie contre le « Méningisme », il ne faut pas perdre de vue même si les symptômes méningés violents tendent à la masquer : l'infection causale, la fièvre typhoïde.

Car s'il faut s'efforcer d'éliminer les toxines par tous les moyens possibles et de mettre l'organisme en état de leur résister, il faut avant tout éviter, ou du moins enrayer leur production, se souvenant de l'axiome *sub lata causa tollitur effectus*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Méningisme au cours de la fièvre typhoïde.

L... M... fillette âgée de 2 ans 1/2. Soignée dans sa famille est prise le 31 octobre 1899 de fièvre, malaise, abattement. A partir de cette date l'enfant reste alitée. Les jours suivants on constate de la diarrhée abondante, fréquente (4 à 5 fois par jour) verdâtre. L'abattement est très prononcé.

Le 7 novembre. — Je suis appelé à voir l'enfant en consultation avec le Dr Lajotte (de Longjumeau). La fièvre oscille autour de 39°. La prostration, la stupeur sont très marquées, la diarrhée est composée des mêmes matières muqueuses, verdâtres, abondantes, rendues plusieurs fois par jour, il y a des taches mais lenticulaires, aussi abondantes sur le ventre, la poitrine, le dos, les cuisses.

Pas de vomissements. Le diagnostic de fièvre typhoïde paraît certain.

Les jours suivants (8, 9, 10 novembre) la prostration s'est accentuée, l'enfant est dans un état presque comateux : elle ne parle plus, ne répond plus aux excitations verbales, ne

reconnaît plus ses parents, elle a les paupières demi fermées et ne répond aux excitations cutanées que par quelques mouvements. Dans la nuit du 10 au 11 elle a plusieurs attaques de convulsions prolongées à la suite desquelles la température tombe de 39°,5 à 36 pour remonter ensuite à 40° où elle se maintient. Appelée à la revoir le 12 novembre je constate un syndrome méningitique remarquable : état semi-comateux, inégalité et irrégularité du pouls, raideur de la nuque, grincements de tempes, convulsions de la face (grimaces, mouvements d'élévation et d'abaissement alternatifs des commissures labiales), des mouvements d'oscillation de la tête de gauche à droite et de droite à gauche, un peu de raideur passagère des membres inférieurs. Raie méningitique. La température est à 40°. Pas de vomissements. Persistance de la diarrhée muqueuse, verdâtre.

Cet état persiste pendant 4 à 5 jours, puis la raideur de la nuque s'efface, les convulsions localisées disparaissent et peu à peu en même temps que la température s'abaisse par échelons en six jours l'enfant se réveille, commence à reconnaître son entourage, à s'intéresser à ses jouets, à parler.

La diarrhée s'atténue et cesse.

J'ai pu revoir la petite malade complètement guérie le 1^{er} décembre.

OBSERVATION II (de Mme Rivoire).

(Thèse de Montpellier 1898).

(Fièvre typhoïde chez les Enfants).

O. J..., Enfant de 7 ans, fille, entre à l'hôpital le 27 mai.

Enfant chétive, pas d'antécédents personnels.

Sa mère est morte tuberculeuse en la nourrissant.

Il y a 15 ans s'est plaint de céphalagie persistante, de nausées, de vomissements et de constipation.

Une purgation a amené quelques selles, mais voici que de nouveau il y a constipation.

Le 27 mai, jour d'entrée. Il y a eu une epistaxis de plus. L'abdomen est douloureux.

Le 28. — Elle perd connaissance, cesse de parler, pousse sans discontinuer des cris plaintifs et porte la main à sa tête.

Cependant pas de raideur de la nuque.

La langue est typhique.

Il y a des gargouillements à droite. La constipation continue.

La respiration est suspendue, il y a une inspiration profonde suivie de trois ou quatre moins profondes, puis un moment d'apnée. Rien à l'auscultation.

25 mai. — Les pupilles sont dilatées, mais réagissent lentement à la lumière.

Il n'y a pas de strabisme.

On obtient des selles par une purgation.

1^{er} juin. — Diarrhée, râles sous-crépitaunts, on donne des bains à 38° et des affusions froides sur la tête.

2 Juin. — La séro-réaction est nette à 1/10, on donne la tempérance étant à 40° des bains à 28°.

Légère amélioration.

7 juin. — Amélioration, puis à la suite d'une hémorrhagie interne la température remonte à 39°, 6. 112 pulsations.

Le 10 juin. — 158 pulsations.

Puis le mieux s'affirme à nouveau et se continue malgré de légères hématomèses et un peu de diarrhée verte.

Le 1^{er} août. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION III (de Mme Rivoire).

Malade de 4 ans. M. P. garçon.

Entre le 26 mai, 5^e jour de sa maladie.

Le 1^{er} juin. — Séro-réaction positive.

3 juin. — L'enfant est pris de convulsions, s'agite et crie. Les pupilles sont dilatées. Elles réagissent, mais lentement.

5 juin. — L'enfant continue à crier. Perd connaissance. Du strabisme convergent apparaît.

Il y a des râles crépitants.

La température est à 40°8.

Le 7 juin. — Même état, diarrhée, langue sèche. L'enfant meurt.

A l'autopsie. — On constate des plaques de Payer à l'intestin.

A l'ouverture du cerveau un léger écoulement de liquide céphalo-rachidien.

Un peu d'œdème de la pie-mère.

Pas de lésion de méningite purulente.

Mme Rivoire cite, sans en publier l'observation, un autre cas de méningisme typhique, durant cette même épidémie, également suivi de mort.

OBSERVATION IV (de M. L. Guinon, médecin des hôpitaux).

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1897).

Enfant de 2 ans 1/2 constipée depuis longtemps déjà. Elle est conduite à la mer, un peu d'amélioration se manifeste,

puis une fièvre la prend qui au bout de 4 jours l'oblige à garder le lit.

Les 5^e et 6^e jour la température dépasse 40°.

Le 7^e jour 25 août, l'enfant est dans un état de prostration profond. La langue est sèche. Le ventre ballonné. Quelques taches apparaissent. La rate n'est pas plus grosse que la normale. Il y a constipation.

Rien aux poumons.

Le 25 août, même jour au soir. L'état s'aggrave, la température monte à 40°9. L'enfant perd connaissance. Le pouls est à 150. La face est rouge.

On pratique à la sonde, un lavage de l'intestin, La température tombe, l'enfant reprend connaissance.

On donne des bains de 5 à 25° et 22°. On continue les lavages de l'intestin et les garde-robes qu'ils provoquent sont d'odeur infecté,

Les urines sont rares.

Le 9^e jour 27 août. Une attaque de collapsus se produit.

La respiration devient superficielle.

Les extrémités sont glacées, la température est de 40°8.

On pratique des frictions chaudes, on donne des bains sinapisés mais sans succès. Enfin une injection sous-cutanée d'eau salée de 80 cc. ramène une circulation plus active.

Le 10^e jour, 28 août. — La température est de 40°.

La diarrhée est séreuse, inodore, il y a menace perpétuelle de collapsus, l'état est grave.

Le 11^e jour, 24 août. — L'enfant est plongée dans un coma interrompu de temps en temps par un léger cri. Les extrémités se refroidissent. Il n'y a plus de garde-robe ni d'urine.

Le 12^e jour, 30 août. — Apparaissent très nets des accidents méningés. Le cou est raide puis tout le corps le devient, l'immobilité est absolue.

On suspend les enveloppements froids qui occasionnaient un refroidissement trop considérable.

La diarrhée et les urines reparaissent.

La nuit l'enfant semble agoniser.

On pratique des injections d'eau salée, de caféine, il se forme d'abord de l'anasarque, puis l'eau salée est absorbée la circulation se relève.

Le 13^e jour, 31 août.

La contracture persiste. Les cris méningitiques sont fréquents. Par moments une vive rougeur envahit une joue. La respiration est irrégulière.

Il n'y a pas de troubles pupillaires.

Le quatorzième jour, 1^{er} septembre. La contracture diminue, l'Intelligence se réveille, mais si on élève un peu trop la tête de l'enfant des accidents bulbaires apparaissent, ralentissement de la respiration, faiblesse du pouls.

Du 1^{er} au 3 septembre. La contracture disparaît, mais on constate un peu de congestion pulmonaire.

3. — Eruption de taches roses nombreuses. Pollyurie abondante.

A partir de ce moment l'enfant commence à se nourrir un peu et le 21 la température reste régulièrement au-dessous de 38°.

La rate est peu grosse. Mais le foie est volumineux.

M. Achard a obtenu très nette la réaction du séro-diagnostic.

OBSERVATION V (de M. Martin).

Thèse Montpellier 1898.

Malade 30 ans, malade depuis le 9 novembre.

Entre le 14 novembre 1894. Température 37°.

Le 16. — Selles diarrhéiques température 37°.

Le 17 novembre. — agitation, temp. 38°8.

Puis apparaissent des phénomènes méningés. L'état cérébral est grave. L'anesthésie cutanée apparaît.

Les membres inférieurs sont contracturés.

On constate le phénomène de la raie méningitique. Pouls 12.

Le malade ayant habité l'Algérie, on pose le diagnostic de méningite paludéenne.

La température s'élève à 40° puis retombe à 38°.

Enfin le 24 novembre le malade meurt.

A l'autopsie. — On constate des plaques de Payer.

De la congestion des méninges et du cerveau.

En 1895, Grasset signale une erreur de diagnostic qu'il fit croyant à une méningite tandis que l'autopsie lui démontra l'existence d'une typhoïde.

OBSERVATION VI (de M. Noblet résumée).

Thèse de Paris, 1895.

Malade de 35 ans, femme a eu, jeune, des attaques de nerfs.

A actuellement de l'hyperesthésie très marquée.

On obtient la raie méningitique. Il y a de la constipation, elle est même persistante.

Il y a des vomissements.

Le septième jour les taches rosées apparaissent tranchant le diagnostic.

La guérison est rapide.

OBSERVATION VII (de M. Noblet, résumée).

Petite fille, 7 ans 1/2 a des antécédents tuberculeux.

A tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Puis les symptômes méningés apparaissent.

La malade meurt.

A l'autopsie. — Plaques de Payer.

Congestion simple des méninges.

OBSERVATION VIII

(Barthez et Sanné).

Une petite fille de 14 mois au 23^e jour d'une fièvre typhoïde grave mais non ataxique fut prise d'une attaque d'éclampsie.

Cette complication survenue à une époque où la maladie paraissait céder fut précédée d'irritabilité, agitation, suppression des selles et des urines.

Les attaques d'éclampsie se répétèrent fréquemment et furent suivies d'assoupissement, de strabisme, de contracture.

Et plus tard de résolution générale.

Cet état cérébral dura 3 jours et se termina par la mort.

A l'autopsie. — Au cerveau nous constatons dit l'auteur un épanchement séro-sanguinolent arachnoïdien et sous-arachnoïdien.

OBSERVATION IX

(Barthez et Sanné).

Enfant de 10 ans, chez lequel au 11^e jour d'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne survient tout d'un coup du délire, puis du coma, suivi plus tard d'un tremblement des membres, d'une légère déviation de la commissure labiale droite. Rétraction du ventre. Constipation.

Les convulsions se renouvèlent le 17^e jour. L'enfant meurt.

A l'autopsie. — Congestion générale.

Dans ces observations que Chedevergne cite comme des formes cérébrales de la fièvre typhoïde, nous avons surtout, le diagnostic étant posé de façon précise, résumé la symptomatologie de la fièvre typhoïde.

Nous n'en avons gardé que les traits principaux et pour ainsi dire les points de repère qui nous permettaient de constater et la forme de l'infection et le moment de son évolution où apparaît le syndrome méningisme.

OBSERVATION X (de M. Chedevergne résumée).

Thèse Paris, 1864.

Enfant, 10 ans, garçon, fièvre typhoïde avec prédominance cérébrale.

Somnolence, stupeur, abolition de l'intelligence. Délire alternant avec le coma.

Le 14^e jour cris hydrencéphaliques pouls lent et irrégulier.

Il y a eu d'abord constipation puis diarrhée ensuite douleur abdominale continue.

Traitement par le sulfate de quinine et les toniques et guérison vers le 30^e jour.

OBSERVATION XI (de Chedevergne, résumée).

Garçon de 11 ans, malade depuis 11 jours à son entrée.

Fièvre typhoïde.

Le 15^e jour de sa maladie a du strabisme et pousse des cris hydrencéphaliques.

Le 16^e jour mort.

A l'autopsie. — Le cerveau est recouvert d'une sérosité sanguinolente.

Le système veineux du cerveau est dilaté.

L'arachnoïde est rouge arborescente.

La substance grise présente un léger piqueté.

OBSERVATION XII (Dr Chedevergne), résumée.

19 ans, bijoutier. Malade depuis le 22 juin.

Le 22. — Céphalée, vomissements.

25 juin. — Délire et coma.

Mouvements convulsifs des globes oculaires.

Strabisme divergent. Pupilles dilatées. Raideur des membres. Mouvements chroniques des doigts.

27. — Pouls misérable, 50.

Des taches apparaissent..

28. — Les conjonctives sont injectées, les pupilles inégales dilatées.

Il y a un météorisme énorme.

Le poulx est petit à 150. Il n'y a pas eu de selles depuis l'entrée.

29. — Le strabisme s'exagère. Les cris hydrencéphaliques aussi.

29. — Mort.

A l'autopsie. — Lésions typhiques à l'intestin, au cerveau.

Congestion ecchymotique des méninges qui s'enlèvent difficilement.

Le cerveau a l'aspect de celui d'un malade atteint d'encéphalite superficielle.

La substance grise ramollie se réduit en bouillie.

OBSERVATION XXVII (de Chedevergne).

23 ans homme malade depuis le 19 juillet entre le 27 juillet.

Le 2 août. — Délire violent, déviation de la bouche à droite. Contracture des coudes.

Le 3. — Strabisme divergeant. Contracture des membres.

Le 5. — Mort.

Pas d'autopsie.

Dans ces observations l'auteur a négligé de relever les antécédents des malades.

Il a quelquefois aussi à l'autopsie comme dans l'observation VII négligé de signaler les lésions de l'intestin c'est qu'en ce cas son diagnostic se trouvait confirmé et qu'il ne lui semblait pas nécessaire d'en apporter la justi-

fication. Nul doute qu'au cas contraire, il n'eût reconnu et signalé son erreur. Nous sommes donc bien dans l'observation VII comme dans les autres en face d'une dothiéntérie.

Il nous semble intéressant de citer, recueillis au hasard, quelques observations de Parent-Duchatelet.

Après avoir passé en revue les arachnitis dues à la suppression des menstrues à la métastase de l'Erysipèle, aux insolations, etc.

Il en cite un certain nombre qu'il range dans une catégorie spéciale et qui sont dues à des causes non appréciables ou fugaces.

La température et sa courbe ne sont presque jamais signalées.

Le nombre des pulsations non plus.

Mais on note souvent une langue sèche et rouge à la pointe, des dents fuligineuses. Une escharre. Une complication pulmonaire.

Comme on ne trouve presque jamais rien aux méninges à l'autopsie, mais que par contre l'intestin présente, presque toujours des ulcérations et que le foie est volumineux, l'examen de la rate étant toujours omis, nous sommes très tentés de considérer aujourd'hui que nous connaissons les lésions anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde : ces arachnitis « sans cause » comme l'effet d'une infection typhique, ainsi s'expliquerait ce paradoxe de malades morts d'arachnitis et ne présentant rien au cerveau mais seulement quelques petites lésions à l'intestin.

OBSERVATION XXVII (de Parent-Duchatelet).

M..., 28 ans entre à l'hôpital le 26 juin 1819, pour un violent mal de tête depuis 10 jours.

Céphalalgie, délire, soubresauts des tendons, langue sèche et rouge à la pointe, dents fuligineuses. Expression de souffrance.

Peau brûlante, pouls plus fréquent et dur. Respiration suspireuse.

11^e jour, même état.

12^e jour, Escharres aux places qui supportent le poids du corps.

Délire tranquille.

Membres raides

Le malade expire.

A l'autopsie. — On constate seulement au cerveau que l'arachnoïde est rouge, injectée, épaissie....

Rougeur peu vive de la muqueuse intestinale qui était par endroits un peu épaissie.

OBSERVATION XXVIII (de Parent-Duchatelet).

Le 7 mars 1814 à Saint-Louis, entre un hussard.

Le malade délire, le pouls est à 74.

Le 9. — Langue sèche, dents sèches, yeux injectés. Consipation. Le pouls se maintient.

Le 10. — Carphologie. Sueur visqueuse. On fait une saignée à la jugulaire, on met de la glace sur la tête et on donne des pédiluves.

Le 11. — Coma, pouls faible intermittent, vésicatoire à la nuque.

12. — Mort.

A l'autopsie. — Au cerveau l'arachnoïde est injectée épaissie.

Le poumon gauche plein de grains transparents.

La rate a un volume double du volume normal.

Le reste est sain.

OBSERVATION XV

Malade 7 ans.

Sérosité à l'arachnoïde.

Sérosité aux poumons.

Foie volumineux et rouge.

• Intestin distendu par les gaz muqueuse de la valvule iléo-cœcale offrant une apparence granuleuse légèrement boursoufflée et présentant quelques plaques rouges.

OBSERVATION XVI

Malade 6 ans.

Sérosité à l'arachnoïde.

Foie volumineux et rouge.

Plaque rouge sur l'intestin vers la valvule iléo-cœcale où la muqueuse est gonflée,

On pourrait relever les traces de lésions semblables dans les observations 44-49-54 et 114.

OBSERVATION XVII

Sur un cas de méningite typhoïdique terminée par la guérison,
par M. Troisier.

Angèle C..., âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Beaujon le 4 novembre 1899, pour une fièvre typhoïde arrivée au huitième jour environ (taches rosées) et présentant les caractères de la forme adynamique. La maladie suivit une marche très régulière. La seule particularité à noter est l'intensité de la céphalalgie dès le début de la période prodromique et sa persistance, mais à un moindre degré, pendant toute la durée de la fièvre.

Il n'y eut jamais de délire. La température rectale, qui s'était maintenue en plateau entre 39 et 40 degrés, commença à descendre à partir du 24 novembre.

Le 27 novembre. — Vingt-quatrième jour de la maladie, — en pleine défervescence, la malade, qui n'avait jamais cessé de souffrir de la tête, se plaint d'une *céphalée* plus violente et de *photophobie* ; il existe une *contracture* douloureuse des muscles de la nuque qui rend la flexion de la tête impossible. Il y a des *vomissements verdâtres* qui s'effectuent sans efforts et qui se reproduisent plusieurs fois dans la journée. Le pouls est *petit, irrégulier, ralenti*, (65 à la minute, au lieu de 90 la veille) ; la température est de 37 degrés. — *Raie méningitique* nettement marquée. Pas de signe de Kernig. — Etat saburral de la langue. Il n'y a plus de diarrhée et les garde-robes sont très espacées.

Ces symptômes persistèrent pendant quatre jours sans

fièvre, 37 degrés. La malade était dans un état de torpeur accompagné d'un peu d'agitation et même d'un léger délire pendant la nuit. Elle comprenait ce qu'on lui disait, mais elle répondait avec lenteur et elle avait l'air égaré.

Le 1^{er} décembre, les vomissements cessèrent et tous les autres phénomènes subirent une décroissance progressive. La céphalalgie diminua, ainsi que l'obnubilation cérébrale. La raideur du cou disparut, le pouls redevint régulier. Pendant cette période, la température oscilla autour de 38 degrés.

Le 9 décembre (treizième jour de la complication méningée) apparut brusquement une phlébite de la crurale gauche, qui se caractérisa immédiatement — sans parler de la douleur — par un œdème très marqué de tout le membre inférieur, accompagné d'un léger épanchement dans l'articulation du genou. Le lendemain, les symptômes méningitiques, qui s'étaient déjà considérablement amendés, avaient complètement disparu.

Le 2 janvier 1900, la phlébite gauche pouvait être considérée comme terminée, quand la crurale droite fut atteinte à son tour. La phlébite fut de ce côté moins violente qu'à gauche, et le 23 janvier, il n'y en avait plus trace.

A partir de ce moment, la marche de la convalescence fut très régulière. La malade resta une quinzaine de jours encore à l'hôpital et elle en sortit tout à fait rétablie.

Depuis la disparition des accidents méningés, elle ne présenta aucun trouble nerveux, ni céphalalgie, ni diplopie, ni vomissements. On ne trouvait chez elle aucun stigmate hystérique.

En résumé, au vingt-quatrième jour d'une fièvre typhoïde adynamique, dans le cours de laquelle il ne s'était produit à l'exception d'une céphalalgie assez intense et continue, aucun phénomène nerveux grave, — apparition soudaine, en pleine défervescence, des symptômes dont la réunion constitue le *syndrome méningitique* (céphalée violente, raideur de la nuque, vomissements bilieux, irrégularités du pouls, constipation) ; persistance de cet état pendant *quatre jours* ; à partir de ce moment, amélioration progressive, et le treizième jour, disparition complète de tous les accidents méningés, coïncidant avec l'apparition d'une phlébite de la crurale gauche, qui fut elle-même remplacée trois semaines plus tard par une phlébite de la crurale droite ; guérison définitive de la maladie ; — tels sont les principaux épisodes du fait que je viens de rapporter.

CONCLUSIONS

1° Au cours de la fièvre typhoïde, comme au cours de la plupart des autres maladies infectieuses, peuvent survenir des accidents cérébro-méningés qui rappellent de près le syndrome de la méningite aiguë ou tuberculeuse.

C'est à ces cas de pseudo-méningite que Dupré a appliqué justement le terme de « méningisme. »

2° Dans la fièvre typhoïde le méningisme n'est pas rare; sa connaissance est importante au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

3° Dans les cas de « méningisme typhique » qui ont été suivis de mort, l'autopsie ne révèle aucune lésion macroscopique ni microscopique des méninges.

4° L'hypothèse pathogénique la plus plausible du méningisme typhique est que ce syndrome est le résultat de l'action sur les centres nerveux de la toxine secrétée par le bacille d'Eberth. Il faut remarquer en effet que le syndrome « méningisme » observé dans la fièvre typhoïde ne représente qu'une association particulière ou un groupement spécial des symptômes nerveux qu'on rencontre habituellement isolés ou dissociés dans le cours de la maladie.

5° Le pronostic du méningisme typhique est grave, mais

non fatalement mortel. Il s'efface parfois rapidement sans influencer notablement la marche ultérieure de la maladie au cours de laquelle il est apparu.

6° Le traitement dont les effets ne sont pas contestables vise particulièrement à abaisser la fièvre, à calmer le système nerveux et à favoriser l'élimination des toxines pathogènes.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abercrombie.** — Des maladies de l'encéphale.
- Adenot.** — Méningite normale probablement due au bacille thyphique.
- Barthez-Sanné.** — Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance.
- Bergé.** — Pseudo-méningite pneumonique. Examen bactériologique négatif (Société anatomique, Avril 1893).
- Blache-Guersaut.** — Extraits de pathologie infantile.
- Bloche.** — Méningite tuberculeuse, guérison (Tribune médicale 1875).
- Bosselut.** — De la méningite tuberculeuse.
- Bouchut.** — De la pseudo-méningite (Paris médical, mai, 1881).
- Cadet de Gassicourt.** — Traité clinique des maladies de l'enfance.
— De la fièvre typhoïde chez les enfants (France médicale 1881).
- Chedevergne.** — De la fièvre typhoïde. Thèse Paris 1864.
- Claisse.** — Pseudo-méningite. Presse médicale, 1894.
- Dubrou.** — Du diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants, 1874.
- Dupré.** — Manuel de médecine. Le méningisme. Congrès de Lyon, 1894.

- Fernet.** — Société médicale des Hôpitaux, juillet, 1891.
- Forgemol.** — De la fièvre typhoïde spéciale et de la méningite cérébro-spinale. Thèse Paris, 1871.
- Forget.** — De l'entérite folliculaire.
- Fritz.** — Etude sur quelques symptômes cliniques observés dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1864.
- Gardin.** — Traité complet des maladies de l'Enfance.
- Giraldès.** — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance.
- Glénard.** — Société médicale des hôpitaux, 1888. Bulletin médical, 1888.
- Guinon.** — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1899.
- Grellety.** — De la fièvre typhoïde.
- Lombard-Fauconnet.** — Gazette médicale de Paris, 1843.
- Martin.** — Du méningisme. Thèse Montpellier, 1895.
- Masse.** — Typhus et fièvre typhoïde.
- Noblet.** — Méningisme. Thèse de Paris, 1895.
- Parent-Duchatelet.** — Sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale, 1821.
- Piorry.** — L'irritation encéphalique des enfants. Thèse Paris, 1823.
- Pochon.** — Méningisme. Thèse Paris, 1897.
- Rilliet et Barthez.** — Traité chirurg. et pratique des maladies des enfants.
- Rilliet.** — Sur la méningite tuberculeuse chez les enfants. De la guérison de la méningite tuberculeuse. (Société médicale des hôpitaux, 1855).
- Rivoire (Mme).** — Fièvre typhoïde chez les enfants. Thèse Montpellier, 1898.
- Roger.** — De la fièvre typhoïde chez les enfants. (Archives de médecine, 1840).

Roesch. — Du méningisme chez les enfants. Thèse Paris, 1896.

Rocca. — Du méningisme dans les maladies infectieuses. Thèse Paris, 1898.

Rosen-Rosenstein. — Traité des maladies des enfants.

Sevestre-Gatou. — Société médicale des hôpitaux, 1891.

Taupin. — Fièvre typhoïde. (Journal de connaissances médicales et chirurgicales, 1^{er} décembre 1839-1840).

Turner. — Méningite. (Bulletin thérapeutique 1889).

West. — Leçons sur les maladies des Enfants.

